

РОЛЬ АРТРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГОНАРТРОЗА

*Болобошко К.Б., Аскерко Э.А., Мастыков А.Н.
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Развитие современных технологий сохранения и восстановления хрящевой ткани, совершенствование методов однокompонентного и тотального эндопротезирования коленного сустава позволяет в значительной степени улучшить качество жизни пациентов с гонартрозом. Одновременно с увеличением числа доступных для клинического использования методов лечения дегенеративно-дистрофической патологии коленного сустава возрастает роль выбора наиболее рациональной для конкретного пациента тактики, позволяющей с наименьшим риском осложнений достичь купирования болевого синдрома и поддержания отвечающего потребностям пациента «качества жизни». В большинстве случаев желанием пациента является «отсрочка» выполнения тотального протезирования коленного сустава на фоне успешного симптоматического лечения. Методом выбора в достижении указанных целей лечения гонартроза на протяжении уже ряда лет является артроскопический лаваж и/или дебридмент пораженного коленного сустава. Однако данные о его эффективности противоречивы. Некоторые исследователи не видят преимуществ артроскопии перед медикаментозным лечением, другие сопоставляют эффект артроскопического лаважа и дебридмента с эффектом плацебо [1, 2].

Цель исследования. Улучшение качества жизни пожилых людей, страдающих гонартрозом. Задача исследования – определение роли артроскопии в лечении деформирующего артроза коленного сустава.

Материалы и методы. Объектом исследования явились пациенты обоего пола (35) в возрасте от 55 до 70 лет, страдающие гонартрозом 2 – 3 степени, которым выполнены артроскопические оперативные вмешательства в клинике травматологии и ортопедии УО «ВГМУ» на базе ортопедо-травматологического отделения УЗ «ВОКБ». Группа сравнения – пациенты обоего пола (21) в возрасте от 55 до 75 лет, получавшие исключительно консервативное лечение по поводу гонартроза 2 – 3 степени. Оценивались результаты лечения в ранние (1-2 месяца) и отдаленные (до 3-х лет) сроки. Использовалась комбинированная балльная система оценки клинических данных и рентгенологических характеристик.

Артроскопия коленного сустава выполнялась, как правило, из стандартных передних нижних доступов. Использовался стандартный набор инструментов для артроскопии, артропомпа, шейвер. Все больные тщательно обследовались перед операцией с целью сведения к минимуму риска послеоперационных осложнений. Наличие варикозной болезни, признаков нарушения проходимости вен голени в стадии компенсации и субкомпенсации, являлось показанием к назначению антикоагулянтной терапии. Оперативное вмешательство в таких случаях выполнялось без наложения жгута.

Консервативное лечение проводилось по традиционным схемам с использованием НПВС, хондропротекторов, физиолечения, ортопедической разгрузки сустава. Пациенты, которым выполнялось внутрисуставное введение кортикостероидов, препаратов гиалуроновой кислоты и протезов синовиальной жидкости в данном исследовании не учитывались.

Результаты и обсуждение. По результатам проведенной артроскопической диагностики, которая являлась первым этапом каждого оперативного вмешательства, можно выделить группы пациентов, нуждающихся в выполнении однородных хирургических манипуляций. Распределение пациентов в зависимости от характера выполненного артроскопического пособия приведено в таблице.

Метод лечения	Результаты лечения					
	Через 1-2 мес			Через 3 года		
	Хор	Удовл	Неудовл	Хор	Удовл	Неудовл
Менискэктомия	5	2	-	3	3	1
Дабридмент	3	3	1	1	2	4
Менискэктомия+дебридмент	3	3	-	2	2	2
Иссечение экзостоза	1	1	-	1	1	-
Удаление ХМТ	5	1	-	4	1	1
Лаваж	5	2	-	-	3	4
Всего кол-во	22	12	1	11	12	12
%	62,85%	34,29%	2,86%	31,42%	34,29%	34,29%
Консервативное лечение (21)	7	11	3	4	8	9
	33,33%	52,38%	14,29%	19,05%	38,10%	42,85%

Анализ результатов оперативного и консервативного лечения гонартроза на ранних сроках свидетельствует о явном превосходстве результатов артроскопии. Наибольшее количество хороших результатов отмечено после выполнения менискэктомии и удаления свободных хондроматозных тел. Данные, полученные при изучении отдаленных результатов лечения гонартроза, свидетельствуют об отсутствии достоверных и существенных преимуществ какого-либо из оцениваемых в данном исследовании методов. Наибольшее количество хороших результатов в отдаленные сроки наблюдали после артроскопического удаления хондроматозных тел. Однако следует учитывать, что целесообразно удаление свободных, перемещающихся в полости сустава, «блокирующих» хондроматозных тел. Поиск же хрящевых фрагментов, проявляющих себя только рентгенологически, фиксированных в задних отделах коленного сустава, не дает каких-либо преимуществ в лечении гонартроза у пожилых пациентов. Как показали наши наблюдения, дебридмент и лаваж полости коленного сустава не обеспечили большинству пациентов каких-либо существенных преимуществ на отдаленных сроках наблюдения. Аналогичные данные получены зарубежными авторами при проведении рандомизированных исследований [1, 3]. Следовательно, при определении показаний к артроскопии по поводу проявлений гонартроза у пожилых людей необходимо тщательно взвешивать ожидаемый положительный эффект операции и риск возможных осложнений.

Выводы. Артроскопия коленного сустава при гонартрозе – эффективный метод симптоматического лечения, оказывающий положительное влияние на течение дегенеративно-дистрофического процесса.

Показаниями для артроскопии является клиническая картина «блокирования» сустава свободными хрящевыми фрагментами, остеофитами, не поддающийся консервативному лечению хронический синовит, несоответствие выраженности болевого синдрома рентгенологическим изменениям.

Наилучший эффект оказывает удаление вызывающих блокаду сустава свободных хондроматозных тел, парциальная резекция дегенеративно-измененного мениска, резекция частично-отслоившихся фрагментов хрящевой ткани.

Литература:

1. A randomized trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee / A. Kirkley [et al] // *New Eng J Med* - 2008 - Vol. 359 - P. 1097-1107.
2. A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee / J.B. Moseley [et al] // *New Eng J Med* - 2002 - Vol. 347 - P. 81-88.
3. Stephen, M. H. Arthroscopic debridement of the knee for osteoarthritis: Is it ever indicated? // *M.H. Stephen // ORTHOPEDICS TODAY* - 2009 - Vol. 29 - P. 54.